

Bluestem Health

Formulario de Registro

INFORMACION DEL PACIENTE

| | | | | | |
|----------------------|--|------------------|--------------|----------------------|--------------|
| Primer Nombre | | Segundo Nombre | | Apellido(s) | |
| Dirección | | | Ciudad | | Estado |
| Teléfono de la Casa | | Teléfono celular | | Teléfono del Trabajo | |
| # de Seguro Social | | | | ¿es veterano? Si No | |
| Fecha de Nacimiento | | Edad | Sexo: M F | Raza | Estado Civil |
| Nombre del Esposo(a) | | | | | |
| Correo Electrónico: | | | | | |

PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA

| | | | | | | |
|---------------------|--|-------------|----------------------|--|---------------------|--------------------|
| Primer Nombre: | | Seg. Nombre | Apellido(s) | | Fecha de Nacimiento | # de seguro social |
| Dirección | | | Ciudad | | Estado | Código Postal |
| Teléfono de la casa | | | Teléfono del trabajo | | Teléfono Celular | |

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

| | | | | | |
|---------------------|--|-------------|----------------------|--|------------------|
| Primer Nombre: | | Seg. Nombre | Apellido(s) | | Parentesco |
| Dirección | | | Ciudad | | Estado |
| Teléfono de la casa | | | Teléfono del trabajo | | Teléfono Celular |

INFORMACION DE LA COMPAÑIA DE SEGURO DE SALUD

| | | | |
|---|--|-----------------------------|-------------------------|
| ¿Tiene seguro médico? Si No | | ¿Tiene seguro dental? Si No | |
| Nombre de la Compañía de Seguro Médico Primario: | | | # de Teléfono |
| Nombre del asegurado: | | | # de SS: |
| # de Póliza: | | | Lugar de Trabajo: |
| # de Grupo: | | | |
| Dirección | | Ciudad | |
| Estado | | Código Postal | |
| Nombre de la Compañía de Seguro Secundario: | | | # de Teléfono |
| Nombre del asegurado | | | |
| # de Póliza: | | | # de Grupo: |
| Dirección | | Ciudad | |
| Estado | | Código postal | |
| ¿Es esta cita resultado de un accidente de trabajo? Si No | | Fecha del accidente: | # de Reclamo Industrial |
| ¿Es esta cita resultado de un accidente automovilístico? Si No | | Fecha del accidente: | Nombre del Abogado: |
| ¿Tiene alergias a algún medicamento y/o otras drogas? Por favor anótelo: | | | |
| ¿Le gustaría obtener más información para inscribirse en Medicaid, el Mercado de Seguros Médicos, o Asistencia Económica? Como por ejemplo: SNAP (Estampillas de Comida), Cuidado Infantil, Asistencia para Menores Dependientes (ADC)? Marque con un círculo: SI NO | | | |
| Me gustaría tener una evaluación de mis ingresos para determinar si puedo calificar para el Programa de Tarifa de Pago Reducido. Y N | | | |

Firma _____

Fecha _____



Bluestem Health

Permiso para Diagnóstico, Tratamiento y Responsabilidad Financiera

“La firma del paciente abajo o (padres, tutor u otro representante legal) _____ del menor (nombre del menor de edad) _____ registrado como paciente en la clínica Bluestem Health para obtener servicios médicos; por medio de la presente, da su autorización para recibir servicios de diagnóstico y tratamiento, tal como sean ordenados bajo la supervisión de un médico, dentista, algún otro profesional médico, u otro personal calificado de Bluestem Health y/o Mental Health Center (Centro de Salud Mental), de acuerdo a su juicio profesional.”

- Yo entiendo, que tengo el derecho de rehusar cualquier servicio de diagnóstico o tratamiento médico, sin arriesgarme a perder el derecho de recibir servicios médicos en ésta clínica.
- Yo entiendo, que se me pedirá firmar un permiso específico para procedimientos especiales o quirúrgicos que incluyan anestesia general y/o anestesia local extensa.
- Yo estoy consciente, de que los servicios médicos no están basados en una ciencia exacta y me doy cuenta de que no se me ha garantizado ningún resultado acerca de los servicios de tratamiento.
- Yo por la presente, autorizo a la clínica Bluestem Health, para mantener, conservar y usar cualquier espécimen o tejido que haya sido extraído durante mi tratamiento, para cualquier propósito científico o educativo o deshacerse de ellos cuando lo estimen conveniente.
- Yo por la presente, autorizo que se paguen los beneficios del seguro médico que esta anotado en el formulario de registro, directamente a la clínica Bluestem Health, por los servicios proporcionados.
- Yo por la presente, autorizo a la clínica Bluestem Health para proveer cualquier información de mi historial médico relacionada con todos y cada uno de los tratamientos recibidos, como es requerido por los planes médicos o compañías de seguro, si es aplicable en mi caso.
- Yo entiendo, que los costos por los cuales yo soy responsable, reflejan el balance de lo que queda, después de que la clínica Bluestem Health ha recibido todos los pagos de los beneficios del seguro médico para los individuos nombrados más arriba.
- Yo me comprometo, a pagar estos balances el día en que se me proporcionen los servicios, dentro de 10 días después de recibir la cuenta de la clínica Bluestem Health o por alguna otra forma de pago acordada por la Oficina de Cuentas Corrientes de la clínica Bluestem Health, teléfono directo (402) 470-5430.
- Yo he leído y entiendo completamente el contenido de este documento.

Firma: _____ Fecha: _____



Estimado Paciente,

Para poder continuar con la gran variedad de servicios que ofrecemos aquí en la clínica Bluestem Health y para poder seguir recibiendo fondos de subsidio, tenemos que recopilar la siguiente información acerca de cada una de las personas que visitan nuestras instalaciones. Esta información no será reportada identificando a ningún paciente en particular, solo será usada para fines de datos y contabilidad.

Por favor tome unos segundos para completar la siguiente información.

1. ¿Estatus de Vivienda (Dónde vive)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Comparte vivienda | <input type="checkbox"/> Vive en la calle |
| <input type="checkbox"/> Tiene un lugar donde vivir | <input type="checkbox"/> Está de paso |
| <input type="checkbox"/> Vive en un refugio | |

2. Estatus Migratorio.

- Trabajador agrícola emigrante
- No es trabajador agrícola emigrante
- Trabajador agrícola temporal

3. ¿Cuál es el idioma primario que se habla en su casa?

- Español
- Ingles
- Otro _____

4. Por favor seleccione una de las siguientes alternativas de la lista de grupos raciales.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nativo Americano/ Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano | <input type="checkbox"/> Blanco |

5. Origen Étnico

- Latino o Hispano
- No Hispano

6. ¿Está usted actualmente en el Servicio Militar de los Estados Unidos?

- Si
- No

7. Si usted desea información acerca de nuestra Tarifa de Pago Reducido, por favor marque con un círculo la cantidad que corresponda a su ingreso familiar anual:

| Grupo Familiar | Ingreso Anual | Ingreso Anual | Ingreso Anual | Ingreso Anual | Ingreso Anual | Ingreso Anual |
|----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| 1 | Menos de \$12,060 | \$12,061 - 15,075 | \$15,076 -18,090 | \$18,091 - 21,105 | \$21,106 - 24,120 | \$24.121 & más |
| 2 | Menos de \$16,240 | \$16,241 - 20,300 | \$20,301 - 24,360 | \$24,361 - 28,420 | \$28,421 - 32,480 | \$32.481 & más |
| 3 | Menos de \$20,420 | \$20,421 - 25,525 | \$25,526 - 30,630 | \$30,631 - 35,735 | \$35,736 - 40,840 | \$40.841 & más |
| 4 | Menos de \$24,600 | \$24,601 - 30,750 | \$30,751 - 36,900 | \$36,901 - 43,050 | \$43,051 - 49,200 | \$49.201 & más |
| 5 | Menos de \$28,780 | \$28,781 - 35,975 | \$35,976 - 43,170 | \$43,171 - 50,365 | \$50,366 - 57,560 | \$57.561 & más |
| 6 | Menos de \$32,960 | \$32,961 - 41,200 | \$41,201 -49,440 | \$49,441 - 57,680 | \$57,681 - 65,920 | \$65.921 & más |
| 7 | Menos de \$37,140 | \$37,141 - 46,425 | \$46,426 - 55,710 | \$55,711 - 64,995 | \$64,996 - 74,280 | \$74.281 & más |
| 8 | Menos de \$41,320 | \$41,321 - 51,650 | \$51,651 -61,980 | \$61,981 - 72,310 | \$72,311 - 82,640 | \$82.641 & más |
| 9 | Menos de \$45,500 | \$45,501 - 56,875 | \$56,876 - 68,250 | \$68,251 - 79,625 | \$79,626 - 91,000 | \$91.001 & más |
| 10 | Menos de \$49,680 | \$49,681 - 62,100 | \$62,101 - 74,520 | \$74,521 - 86,940 | \$86,941 - 99,360 | \$99.361 & más |

8. ¿Qué género sexual está registrado en su certificado de nacimiento original?

- Femenino
- Masculino

9. ¿Se Considera usted?

- Lesbiana, Gay, o Homosexual
- Heterosexual
- Bi-sexual
- Algo diferente
- No sabe
- Rehúsa contestar

10. ¿Se considera usted?

- Hombre
- Mujer
- Hombre transexual/Mujer a hombre
- Mujer transexual/Hombre a Mujer
- Género queer/no-binario, no es exclusivamente hombre ni mujer
- Otro
- Rehúsa contestar

Gracias por completar este formulario. Esta información servirá para que podamos ofrecerle diferentes programas y otros servicios importantes en el futuro.

Firma: _____ Fecha: _____



Bluestem Health

Notificación Sobre las Prácticas de Privacidad

Yo, _____ he recibido una copia de la Notificación de Prácticas Privadas de la Clínica Bluestem Health, con fecha efectiva de Agosto 31, 2015.

Firma del Paciente (Padres/Guardián)

_____ **Fecha** _____

Firma del Empleado de la Clínica Bluestem Health

_____ **Fecha** _____



Notificación Para los Pacientes que Faltan a sus Citas Dentales

La Clínica People's Health Center permite que los pacientes pierdan solamente 3 citas sin avisar que no van a poder venir o cancelar su cita con anticipación esto incluye todos los diferentes departamentos y/o otras clínicas. Después de que usted ha perdido su tercera cita en un periodo de un año (12 meses), no podrá hacer ninguna cita fija con nosotros. Solamente podrá venir en persona y ser atendido por orden de llegada. Después de que hayan pasado los 12 meses requeridos desde la última infracción, la alerta que se puso en su nombre será removida y podrá comenzar otra vez a hacer sus citas en forma normal.

Se considera tener una cita perdida cuando:

1. El paciente no se presenta el día de su cita
2. El paciente llega 15 minutos tarde a una cita programada
3. El paciente llama para cancelar su cita a última hora, sin dar suficiente tiempo de anticipación.

Los pacientes que desean cancelar su cita **TIENEN QUE** hacerlo 48 horas antes del día de su cita (excluyendo los fines de semana). Si nos avisan con menos anticipación de lo requerido y no tienen una razón válida o importante para hacerlo, la cita será considerada una cita perdida.

Como cortesía personal, la clínica People's Health Center hace llamados telefónicos entre 48-72 horas antes para recordarle a los pacientes acerca de sus citas. Si por alguna razón no podemos dejarle un recado al paciente en su teléfono personal (porque el número ha sido desconectado, la contestadora automática no ha sido programada, etc), la clínica People's Health Center se reserva el derecho de cancelarle su cita.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____



Bluestem Health

Entrega de Historial Médico

¡Bienvenido a la clínica Bluestem Health!

Muchas gracias por confiarnos el cuidado de su salud. Nos sentimos muy honrados de tenerle como paciente.

Para que nuestros proveedores/doctores puedan ofrecerle el mejor servicio y cuidado posible, es muy importante obtener su historial médico de la oficina de su proveedor/doctor anterior. Esto nos ayudará a continuar su cuidado médico de una manera apropiada. Por favor complete el formulario de Autorización para Entregar Historial Médico (ROI) adjunto a esta carta, autorizándonos para solicitar su historial médico.

Si tiene preguntas acerca de este proceso, por favor comuníquese con el Supervisor de Información Médica al (402)470-5423. Nuestro amable personal de recepción también puede ayudarle en cualquiera de nuestras oficinas.

Muchas gracias otra vez y Bienvenido a la Clínica Bluestem Health!



1021 N 27th St. Lincoln, NE 68503 | Phone: (402) 476-1455 | Fax: (402) 476-1655

Autorización para Entregar Historial Médico

Yo, _____, _____, autorizo a:
Nombre Fecha de Nacimiento

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Bluestem Health | Teléfono: 402-476-1455 | Fax: 402-476-1655 |
| 1021 N 27 th Street | | Lincoln, NE 68503 |

- _____ Entregar información de mi historial médico a:
- _____ Recibir información de mi historial médico de:
- _____ Intercambiar (enviar y recibir) información de mi historial médico

| | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|------|
| Proveedor/Nombre de la Institución: | Teléfono: | Fax: |
| Dirección: | Ciudad/Estado/Código Postal | |

La información que será entregada incluye (marque todas las opciones que correspondan):

- _____ Porción del historial médico por los servicios recibidos desde _____ hasta _____. Servicios de: _____
- _____ Historial médico completo sin incluir exámenes/tratamientos de consumo de alcohol/drogas, estatus de VIH/SIDA o alguna otra información.
- _____ Historial médico completo incluyendo exámenes/tratamientos de uso de alcohol/drogas, estatus de VIH/SIDA o alguna otra información.
- _____ Retirar prescripciones/ muestras de medicamentos.

Con el propósito de: Continuar el cuidado médico _____ Razones personales _____ Otro _____

Entiendo que puedo anular esta autorización por escrito en cualquier momento y que va a expirar en forma automática en 12 meses, a partir de la fecha en que se firmo abajo. Mi firma en este documento, indica que yo estoy dando mi autorización, para obtener o entregar el historial médico del paciente mencionado arriba. Yo entiendo que cuando mi historial médico es entregado, no hay ninguna garantía para prevenir que esta información no sea re-entregada.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma de los Padres/Representante Legal: _____

Relación con el Paciente: _____ **Fecha:** _____



Declaración de los Derechos del Paciente

Obtener un buen cuidado médico depende mucho de la relación y cooperación que exista entre usted y su doctor, así como también, entre usted y la clínica Bluestem Health.

Como paciente, usted tiene el derecho de...

- Recibir atención médica de primera calidad sin ser discriminado.
- Obtener información completa y actualizada sobre su salud.
- Esperar que los empleados de la clínica Bluestem Health lo traten con cortesía, que lo atiendan bien y que sean comprensivos con usted.
- Estar completamente informado acerca de los procedimientos que se le harán y de los riesgos involucrados, para tener la oportunidad de tomar una decisión inteligente, estar bien informado al autorizar o rehusar atención médica si así lo decide.
- Recibir tratamiento rápido en situaciones de emergencia, sin importar su situación económica.

Como paciente, usted tiene la responsabilidad de...

- Hablar/discutir sobre su historial médico durante todo el curso de su tratamiento.
- Cooperar con el personal de la clínica Bluestem Health.
- Ser honesto, directo y comprender la magnitud de sus problemas de salud y tratamientos.
- Seguir las recomendaciones y tratamientos médicos, las instrucciones sobre sus medicamentos, y también informarle a su proveedor si usted decide no seguir estas recomendaciones.
- Darnos información relacionada con su habilidad de poder pagar por servicios recibidos y también pagar por los servicios que su doctor hizo los arreglos para que usted recibiera.
- Asistir a sus citas programadas y/o cancelarlas con 24 horas de anticipación.



Su Clínica de Atención Médica Central

La clínica Bluestem Health está tomando un nuevo enfoque acerca del cuidado médico para sus pacientes. Estamos dirigiéndonos hacia un modelo de cuidado médico más centralizado (PCMH), para poder servir al paciente en forma consistente, convertirnos en una fuente de cuidado preventivo fiable, así como también, dar tratamientos a los problemas de salud crónicos.

El enfoque de una Clínica Médica Central, está basado en conseguir una relación estrecha entre usted y su proveedor de la salud. Su proveedor de la salud y un extenso grupo de profesionales médicos, desarrollarán una relación estrecha con usted, para llegar a conocerle muy bien, saber acerca de su situación familiar, su historial médico y todos sus problemas de salud. **Nosotros queremos que usted piense en la clínica Bluestem Health como su primera opción, cuando necesite atención médica.**

Ventajas del Modelo de PCMH

Existen muchas ventajas de tener una Clínica médica Central:

- Cuidado comprensivo significa que su Clínica Central le ayudará con los problemas de salud en todas las etapas de su vida.
- Coordinar el cuidado médico significa que su proveedor le ayudará a conseguir todos los recursos que estén disponibles en su comunidad.
- Cuidado continuo significa que usted puede esperar comunicación efectiva y precisa acerca de los servicios que necesita, o desea de parte de los miembros de su equipo.
- Cuidado proactivo significa que usted y su proveedor desarrollarán juntos un plan de cuidado para conseguir la meta que lo mantendrá saludable.

Su Equipo de PCMH:

Su equipo de PCMH estará constituido por su doctor o asistente médico, enfermera, educadora de la salud y otros profesionales (farmacéutico, etc.). La meta principal es poder ayudarle a estar saludable y mantenerse saludable. Cuando sea necesario, su doctor hará los arreglos para que usted vea a otros doctores especialistas.

Nuestro Role en el Modelo PCMH

Su equipo de PCMH le ayudará con:

- Darle el mejor tratamiento y buenos consejos, basándose en evidencia médica actual.
- Manejar las enfermedades graves y crónicas para ayudarle a estar saludable.
- Proveer acceso a los servicios médicos a tiempo.
- Apoyarle con sus metas para estar saludable.
- Hacer arreglos para el cuidado de su salud con otros especialistas si fuese necesario.

- Explicar la información médica de una manera fácil de entender.
- Respetar su privacidad manteniendo la información de su historial médico en forma privada de acuerdo con las leyes estatales y federales.
- Hacerle sentir cómodo y bienvenido.

Su Papel en el Modelo PCMH

Como un compañero activo en el cuidado de su salud, nosotros esperamos que usted:

- Comparta toda la información referente a su salud, medicamentos y enfermedades.
- Que nos diga acerca de servicios que está recibiendo en otro lugar, como vacunas contra la influenza o tratamientos ordenados por otros proveedores de la salud.
- Seguir el plan de tratamiento.
- Que trabaje con nosotros tomando decisiones y manejando su salud.
- Que sea claro al expresar sus preocupaciones y necesidades médicas.
- Aprender acerca de como estar saludable y prevención de enfermedades.
- Tomar buenas decisiones acerca de sus hábitos diarios y estilo de vida.
- Llamarnos a nosotros primero si tiene algún problema, a menos que sea una emergencia.
- Mantener sus citas programadas.
- Darnos sugerencias y comentarios para mejorar nuestros servicios.

Compañeros en el Cuidado de su Salud

Su Clínica Médica Central, es un lugar en donde usted debería sentirse cómodo y en confianza – tanto en la relación con su doctor, como en la calidad de cuidados que recibe. Usted y su doctor en forma conjunta, estarán enfocándose en sus necesidades de salud específicas y cuidado permanente. **La clínica Bluestem Health está muy orgullosa de ser su Clínica de Atención Médica Central y su compañera en cuidados médicos.**



Servicios de la Clínica Bluestem Health

La clínica Bluestem Health ofrece un sistema integrado y completo para proveer servicios médicos básicos, dentales y de salud mental dirigidos al paciente, culturalmente sensibles y enfocándose en toda la familia. Este modelo permite que la Clínica Bluestem Health, provea servicios de bajo costo a aquellas personas que tienen mayor necesidad en la comunidad y al mismo tiempo asegurar la continuidad y coordinación entre estos servicios.

Como un centro de salud certificado federalmente (FQHC), ofrecemos un Programa de Descuento de Tarifa de Pago Reducido, con precios rebajados para las visitas médicas y otros servicios que están disponibles, para todas aquellas personas y familias que puedan cumplir con los requisitos. El Programa de Descuento de Tarifa de Pago Reducido, se basa en los ingresos familiares y puede disminuir el costo para usted de una manera significativa. Todas las personas con o sin seguro médico pueden inscribirse, así como también los que tienen cobertura de Medicaid o Medicare podrían ser aprobados. La escala de la tarifa de pago reducido, está basada en las normas de pobreza federales. Para inscribirse, tiene que hacer una cita con la Especialista de Ayuda al Paciente. Llame al teléfono (402)476-1455 para hacer una cita y saber si usted califica para el Programa de Descuento de Tarifa Reducida.

Servicios Médicos

Los Doctores de la Práctica Familiar de la clínica Bluestem Health, Asistentes Médicos, Enfermeras Practicantes y Enfermeras Registradas; trabajan en conjunto cada día para darle un cuidado de salud compasivo y de calidad a los pacientes de todas las edades, desde los bebés y hasta la tercera edad. Todos los problemas de salud desde la infancia y hasta la edad de adulto mayor son tratados, enfatizándose en el cuidado de toda la persona y de una manera médica preventiva. También tenemos disponible atención médica para mujeres y cuidado prenatal. Manejamos las condiciones de salud crónicas y cuando es necesario, el doctor de cabecera puede coordinar atención y referencia a otros especialistas.

Servicios Dentales

La clínica dental de Bluestem Health tiene una gama amplia de servicios para toda la familia, incluyendo; exámenes completos; en forma periódica y exámenes limitados; radiografías en serie de toda la boca (rayos-x); rellenos/empastes (de los dos tipos; de amalgamas y resina blanca); limpiezas regulares; limpiezas profundas; sellador dental para los niños; extracciones (simples y quirúrgicas); coronas de acero inoxidable y separador dental para niños; tratamientos de la raíz (de los dos anterior y bicúspide); tratamiento de la raíz de la primera muela (hechas por estudiantes de la escuela dental); visitas de emergencia; tratamientos de flúor; re-cementar coronas y puentes; consultas de patología oral; biopsias simples; consulta periodontal para problemas y enfermedades de las encías; consultas de endodoncia para problemas de la raíz y coronas.

Servicios de Salud Mental

Nosotros sabemos que la vida puede ser un desafío y tener un poquito de apoyo puede ayudarle. Nuestras consejeras de salud mental (BHCs) están disponibles para ayudarle con estos desafíos. Nuestras consejeras BHCs, proveen servicios como entrenamiento para desarrollar un estilo de vida saludable; ayudarle a manejar problemas crónicos como el uso de tabaco, alcohol y drogas; técnicas para dormir mejor; reducir la tensión nerviosa con técnicas para poder relajarse; ayudarle a enfrentar diagnósticos de enfermedades crónicas como diabetes o cáncer; ayudarle a resolver situaciones estresantes en su vida; estrategias para ayudarle a manejar el cuidado médico de un ser querido enfermo o discapacitado; entrenamiento y técnicas para mejorar las relaciones maritales o de padres e hijos; ideas de cómo prepararse para algún procedimiento médico complejo; y mucho más.

Todas las citas tienen que ser por referencia de su doctor de cabecera y duran aproximadamente de 15-30 minutos de largo, pueden estar disponibles el mismo día y no requiere ningún costo adicional para usted.

Servicios Adicionales de Apoyo

Servicios de Interpretación: Tenemos una variedad de idiomas representados aquí en la clínica Bluestem Health. Con la ayuda de intérpretes fijos aquí en la clínica, podemos ofrecer interpretación en los siguientes idiomas: español, kurdo, árabe, birmano, karen, tailandés, and vietnamita.

Alcance Comunitario e Inscripciones para Otros Programas: Para servir mejor a nuestros pacientes, la clínica Bluestem Health tiene un grupo dedicado de empleados enfocados solamente en ayudarle a usted y a su familia, para inscribirse en programas como; Medicaid. SNAP (Programa de Asistencia Suplementaria de Nutrición), ADC (Asistencia para Menores Dependientes), y otras opciones más recientes como Inscripción Abierta por medio del Mercado de Seguros Médicos.

Asistencia con Medicamentos/Servicios de Farmacia

El estatus de la clínica Bluestem Health como un centro de salud certificado federalmente, nos permite ofrecer el programa 340B de precio rebajado para las recetas médicas. Además de esto, muchas otras compañías de medicamentos ofrecen programas de asistencia a los pacientes que califican de acuerdo con sus ingresos. Los empleados de la clínica Bluestem Health ofrecen ayuda a los pacientes para inscribirse en estos programas. Tenemos disponible servicio de farmacia en nuestra Clínica Health 360.

Nuestras Clínicas & Horarios

Bluestem Health, Clínica Principal

1021 N 27th St | Lincoln, NE 68503

(402) 476-1455

Servicios Ofrecidos: Médico, Dental, Salud Mental, Servicios Adicionales de Apoyo, Programa Farmacéutico 340B

Horario Médico: Lunes – Jueves, 8:00 a.m. – 7:00 p.m.; Viernes 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

Horario Dental: Lunes – Miércoles y Viernes, 8:00 a.m. – 5:00 p.m.; Jueves, 10:00 a.m. – 7:00 p.m.

Health 360

2301 O St | Lincoln, NE 68510

(402) 476-1455

Servicios Ofrecidos: Médico, Dental, Salud Mental, Servicios Adicionales de Apoyo, Programa Farmacéutico 340B

Horario: Lunes – Viernes, 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

Thompson Clinic

2222 S 16th Street, Suite 435, Lincoln, NE 68502 (Bryan West Medical Plaza)

(402)474-7445

Servicios Ofrecidos: Médico, Servicios Adicionales de Apoyo, Programa Farmacéutico 340B

Horario: Lunes – Jueves, 7:00 a.m. – 5:00 p.m.

Bluestem Health Administration

2246 O St | Lincoln, NE 68510

(402) 476-1555

Servicios Ofrecidos: Médico, Servicios Adicionales de Apoyo, Programa Farmacéutico 340B

Horario: Lunes – Viernes, 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

Después del Horario de Oficina:

Cuando la oficina está cerrada, le recomendamos que llame al teléfono de LINE TO CARE del Hospital Saint Elizabeth al teléfono (402)219-7777. LINE TO CARE tiene Enfermeras Registradas que pueden ofrecerle recomendaciones médicas cuando la clínica Bluestem Health no está abierta, incluyendo los fines de semana y feriados.



Solicitud para Tarifa de Pago Reducido

MR# _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

de Seguro Social: _____ - _____ - _____ (si tiene) Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Teléfono/Mensaje (____) _____ - _____ Dirección: _____

Miembros de su Familia (personas que viven en la casa y dependen de usted):

| Nombre(s) | Edad | # de Seguro Social | Relación |
|-----------|------|--------------------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Número total de personas que viven en la casa: _____

VERIFICACION DE INGRESOS

Impuestos Federales: Si ___ No ___ si los hizo, ¿en qué año? 20___ (on file___)

Su Fuente de Ingresos: _____

Ingreso Anual: \$ _____

TARIFA DE PAGO: _____ Se aplica a la parte: ___ Médica ___ Dental

Efectivo A Partir De: _____

AUTORIZACION DEL PACIENTE:

Al firmar este formulario, estoy de acuerdo en que toda la información entregada, es una declaración completa y exacta de mis ingresos y número familiar actual. Yo autorizo a la clínica Bluestem Health (PHC), para verificar toda la información presentada. Estoy de acuerdo en informar inmediatamente al personal de PHC, acerca de cualquier cambio en mis ingresos o número familiar. Yo entiendo que, cualquier persona que obtenga o intente obtener por medios fraudulentos servicios para los cuales no califica, puede ser procesada bajo las leyes del estado o gobierno federal.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Esta aplicación tiene que renovarse en forma anual y a partir de la fecha en la que fue aprobada. Si usted califica bajo el estatus de indigente (es decir, que no tiene un lugar donde vivir), tendrá que renovar esta tarifa de pago cada 90 días.